

**JANAINA MOTTA CARDOSO**

Tc 122  
Apresentação - 8,15  
Trabalho - 9,0  
8,25  
Diana  
23/11/98

**CONDUTA NAS PACIENTES COM ROTURA  
PREMATURA DAS MEMBRANAS AMNIÓTICAS COM  
IDADE GESTACIONAL MENOR OU IGUAL A 34  
SEMANAS**

Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, para a  
Conclusão no Curso de Graduação em  
Medicina.

**FLORIANÓPOLIS**

**1998**

**JANAINA MOTTA CARDOSO**

*e*

**CONDUTA NAS PACIENTES COM ROTURA  
PREMATURA DAS MEMBRANAS AMNIÓTICAS COM  
IDADE GESTACIONAL MENOR OU IGUAL A 34  
SEMANAS**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, para a  
conclusão no Curso de Graduação em  
Medicina.**

**Coordenador do Curso: Prof.º Edson José Cardoso**

**Orientador: Prof.º Edison Fedrizzi**

**FLORIANÓPOLIS**

**1998**

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Luiz Marcos Cardoso e Maria Terezinha Motta Cardoso, que sempre estiveram comigo, caminhando ao meu lado nesta jornada, proporcionado-me amor, dedicação, apoio e incentivando-me quando precisei nas horas mais difíceis.

Ao meu orientador Prof.<sup>o</sup> Edison Fedrizzi que mesmo com o tempo restrito para a conclusão deste estudo, aceitou este desafio e com sua experiência e paciência me auxiliou no desenvolvimento desta pesquisa.

A Prof.<sup>a</sup> Beatriz May Kuerten Gil que foi a precursora deste estudo dando-me as primeiras orientações e que infelizmente, por motivos alheios não pode concluí-lo.

Com carinho ao meu namorado, Luiz Gustavo Vargas Souto, que neste período difícil se manteve carinhoso, compreensivo e extremamente companheiro.

Em especial as minhas colegas, Lia Karina Volpato que sempre se mostrou disposta a me auxiliar nas dificuldades que eu encontrei nas "máquinas" modernas, e a Leatrice Pigozzi Haro que neste período que estamos juntas mostrou-se ser uma grande amiga.

Aos meus amigos, Marilene Vargas Souto e Gilberto A. Souto que também contribuíram muito com o meu êxito.

E aos colegas de turma, meus companheiros neste longo percurso.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO .....04

2. OBJETIVO .....07

3. MÉTODOS .....08

4. RESULTADOS .....12

5. DISCUSSÃO .....23

6. CONCLUSÃO .....31

7. REFERÊNCIAS .....32

RESUMO .....39

SUMMARY .....40

APÊNDICE .....41

# 1. INTRODUÇÃO



A Rotura Prematura de Membranas Amnióticas (Roprema) traduz a ruptura das membranas ovulares <sup>1h</sup> antes do início do trabalho de parto, independente da idade gestacional. Quando esta complicação gestacional ocorre antes de 37 semanas de gestação é denominada de Rotura Precoce de Membranas ou ainda Rotura Prematura de Membranas Pré-termo.<sup>1</sup>

A Rotura Prematura de Membranas está presente em aproximadamente 5 a 10% de todas as gestações, sendo que a maioria, cerca de 60% incide após a 37ª semana de gestação.<sup>2,3,4</sup> A Roprema Pré-termo ocorre entre 2 a 4% das gestações, contribuindo com 30 a 40% de todos os nascimentos prematuros.<sup>5</sup> *Comoshe Yacenz 35,27.1*

Este assunto continua sendo insolúvel na prática obstétrica. Ainda há muitas controvérsias a respeito do manejo de tais pacientes. Não há prevenção, métodos diagnósticos e/ou conduta terapêutica que são totalmente aceitos,<sup>6,7,8</sup> principalmente quando este evento ocorre em gestações pré-termo.

Com a rotura do corioâmnio os riscos de infecção materna e fetal aumentam, além da prematuridade, que é a principal causa de morbi-mortalidade perinatal.<sup>9,10,11</sup> Muitos trabalhos têm sido feitos para desenvolver uma conduta ideal frente as pacientes com tal complicação, tentando prolongar ao máximo a gestação, prevenindo assim as sérias complicações associadas com o nascimento prematuro e tentando também controlar a infecção materna e fetal.<sup>12,10</sup>

Diante de muitas controvérsias, a conduta frente as pacientes com Roprema tem sofrido várias modificações no decorrer dos últimos anos. Isto em virtude principalmente de uma combinação de fatores, dentre os quais citamos: uma melhor compreensão da fisiologia do recém-nascido, o incremento do suporte

neonatal, o aparecimento de uma antibioticoterapia mais eficaz além do manejo difundido da monitorização materna e fetal.<sup>1</sup>


Um bom prognóstico para ambos, mãe e recém-nascido, quando ocorre Roprema Pré-termo depende indubitavelmente dos fatores citados acima combinados com outros, tais como a idade gestacional do parto, evidência de sofrimento fetal, presença ou não de trabalho de parto ativo, coriamnionite e sepsis, além de um colo uterino favorável para uma boa evolução do trabalho de parto.<sup>1</sup>

Se em relação ao manejo há controvérsias, estas também estendem-se a sua etiologia. Raramente a causa da Roprema é conhecida, salvo os casos de apresentação anômala do conceito, incompetência istmo cervical, macrosomia fetal, implantação baixa da placenta, gemelaridade, polidrâmnios dentre outros que facilitariam sua rotura. Para os casos em que tais fatores predisponentes não estão presentes outras explicações têm sido aventadas. Frigo et al., 1998<sup>6</sup> justificam que estas pacientes apresentam uma fragilidade nas membranas ovulares marcada pela redução na espessura da malha de fibras de colágeno que compõe o saco gestacional quando comparadas com as pacientes com membranas ovulares íntegras. Como a estabilidade mecânica do saco gestacional é dada pela rede de fibras de colágeno isto explicaria o maior risco daquelas pacientes desenvolverem tal complicação gestacional.

A infecção de membranas ovulares geralmente ocorre através da ascensão de microrganismos do trato genital inferior. Diversos autores têm demonstrado uma associação da vaginose bacteriana na etiopatogenia do trabalho de parto prematuro e da Roprema Pré-termo, sendo que as pacientes com vaginose bacteriana não tratada tinham o risco aumentado para trabalho de parto prematuro e Roprema quando comparadas com as pacientes que não tinham tal patologia ou que foram tratadas precocemente.<sup>9,13,14,15,16,49</sup> ① 39

Outro estudo demonstrou que é possível que as membranas corioamnióticas produzam citocinas.<sup>17,18</sup> Fortunato et al.,1995<sup>17</sup> identificaram a presença de interleucina (IL-8) em membranas corioamnióticas humanas. A resposta inflamatória mediada por tais citocinas promoveria um adelgaçamento das membranas mediando a ruptura prematura das membranas e/ou o trabalho de parto prematuro.

Uma vez que existe grande diversidade na etiopatogenia e não há um consenso quanto a conduta terapêutica na Roprema, a análise destes dados está sujeita a variações de acordo com o centro de referência analisado. Assim sendo torna-se válido avaliarmos as pacientes que evoluíram com esta complicação gestacional em nosso centro, o Hospital Universitário/UFSC.



## **2.OBJETIVO**



Analisar a evolução, o manejo materno e as conseqüências neonatais das gestações complicadas pela Rotura Prematura de Membranas Amnióticas com idade gestacional menor ou igual a 34 semanas.



### 3. MÉTODOS

Foi realizado um estudo clínico retrospectivo longitudinal das pacientes admitidas e hospitalizadas na Maternidade do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina entre o período de Abril de 1996 a Abril de 1998, que apresentavam rotura prematura de membranas com idade gestacional menor ou igual a 34 semanas.

Foram analisados 45 prontuários de pacientes que preenchiam os critérios de Roprema com idade gestacional inferior ou igual a 34 semanas de gestação. Porém, 3 destes prontuários tiveram que ser excluídos do estudo, pois as pacientes negaram-se a permanecer no hospital para a sua monitorização e não retornaram para controle posterior.

O diagnóstico da rotura das membranas foi realizado através de exame ginecológico com espéculo estéril, sendo confirmado pela visualização do líquido amniótico drenando pelo orifício cervical externo, seja espontaneamente ou com a aplicação da manobra de Tarnier.

A verificação da Rotura Prematura de Membranas Pré-termo foi feita avaliando determinados critérios, principalmente com base na idade gestacional estimada através da data da última menstruação (DUM), quando a paciente apresentava história menstrual regular e pelo exame ultrassonográfico mais precoce. A análise da altura de fundo uterino (AFU) e a data em que os batimentos cardíacos fetais (BCF) foram auscultados pela primeira vez, também consideradas quando necessários.

Os dados das pacientes foram obtidos através do preenchimento de um protocolo que procurou levantar fatos importantes como a idade, raça, presença de doença materna pregressa, tabagismo, vaginose bacteriana, história obstétrica

relacionada ao número de gestações anteriores, paridade, aborto, patologias obstétricas [Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), Diabetes Mellito Gestacional (DMG), Infecção do Trato Urinário (ITU), Trabalho de Parto Prematuro (TPP) iniciado antes da rotura das membranas], gemelaridade entre outras. Ainda a respeito da gestação atual foi determinado a idade gestacional em que ocorreu a rotura das membranas e o tempo decorrido da mesma até a admissão da paciente no Hospital Universitário.

As pacientes que não apresentavam complicações aparentes, como a coriamnionite, trabalho de parto ativo, sinais de sofrimento fetal, ou outra complicação como hipertensão, optou-se pela conduta expectante. Foi considerado como conduta expectante as pacientes que não evoluíram com o término da gestação em 48 horas após a sua admissão, sendo internadas na unidade de alto risco da Maternidade do HU. Estas eram submetidas a uma monitorização materna e fetal diária, com a averiguação da frequência cardíaca e temperatura materna de 4/4 horas (curva de temperatura), controle dos batimentos cardíacos fetais (BCF) e atividade uterina, realização de hemograma e cardiotocografia (CTG) basal. Além destes, eram realizados exame ultrassonográfico, exame qualitativo de urina e urocultura. Estas pacientes foram observadas até o desencadeamento espontâneo do trabalho de parto ou até o aparecimento de uma outra complicação que justificasse a interrupção da gestação (infecção intra amniótica, sinais de sofrimento fetal, ou outra indicação materna ou fetal). Nas pacientes em que evidenciou-se alguma complicação quando admitida, optou-se pela conduta intervencionista, que foi considerado como o término da gestação seja com parto vaginal espontâneo, parto vaginal induzido ou cesárea em até 48 horas após sua admissão. Em virtude disto, nem sempre foi possível a realização de todos estes exames laboratoriais e de imagem.

Através do perfil materno foram rastreados sinais que pudessem evidenciar infecção materna. Dentre eles foram analisados os mesmos critérios descritos por Newton, 1993<sup>38</sup> para o diagnóstico de infecção intra-amniótica (IIA): febre materna (temperatura maior que 37.8C), taquicardia materna (frequência cardíaca maior que 100 bpm), taquicardia fetal (batimentos cardíacos fetais >160 bpm) e alterações no hemograma (leucócitos <sup>devido a presença?</sup> acima de 15.000). Foram considerados ainda características do líquido amniótico (fétido ou não), a presença de desvio à esquerda no hemograma com bastões acima de 500 (valor absoluto), a urocultura positiva, com uma contagem acima de 10.000 ufc. e a presença ou não de metrossístoles, quando estas caracterizavam trabalho de parto ativo estabelecendo assim o período de latência, ou seja, o tempo que transcorreu entre a rotura das membranas até o início do trabalho de parto.

Assim também foi conduzido o perfil biofísico fetal, que procurou rastrear indícios de infecção, além de sinais de sofrimento fetal. Para isto as variáveis analisadas foram: alterações anômalas na cardiotocografia (CTG) basal, no exame ultrassonográfico e no índice de líquido amniótico (ILA). A CTG basal foi considerada reativa quando apresentava uma frequência cardíaca fetal basal entre 120 bpm a 160 bpm, o padrão do traçado ondulatório, com acelerações <sup>20v > 15bpm</sup> espontâneas ou após estímulo sonoro e com ausência de DIPs patológicas (DIPII, DIP umbilical). O exame ultrassonográfico procurou avaliar o bem estar fetal, através da análise do tônus, presença de movimentos respiratórios, presença de movimentos corporais e análise do volume de líquido amniótico (índice de líquido amniótico-ILA). A determinação do ILA em nosso serviço foi realizada segundo Moore & Cayle, 1990 determinando os valores percentis do líquido amniótico pela soma dos bolsões.

O diagnóstico de infecção intra-amniótica (IIA) foi eminentemente clínico. Neste estudo, o diagnóstico de IIA foi definido pela presença de febre materna somada a um dos seguintes sinais ou sintomas: taquicardia materna ou fetal

persistente, líquido amniótico com odor fétido ou leucocitose com desvio à esquerda (bastões acima de 500) na ausência de qualquer outro foco de infecção.

Das pacientes que fizeram terapia com corticosteróides foram consideradas para o estudo apenas as que foram submetidas a uma terapia ideal segundo Ryan C.A.<sup>44</sup> que preconizou no mínimo duas doses de 12mg de betametasona no período antenatal, tendo o parto ocorrido após 48 horas ou mais a aplicação da primeira dose. Embora a dose única da terapia com corticosteróides também tenha certo impacto sobre as complicações neonatais, esta categoria de pacientes foi considerada como se não tivessem sido submetidas a terapia nas análises deste presente estudo.

→ 48h  
ou  
24h (9)

O uso de uterolíticos se restringiu a poucas pacientes, sendo utilizado como inibidor do trabalho de parto o salbutamol. O critério de utilização de tal fármaco não foi analisado neste estudo. O uso de antibióticoterapia profilática não foi adotado neste serviço.

Foram avaliadas a escolha da via de parto, analisando a incidência de cada uma delas e os critérios de indicação das cesáreas.

Das conseqüências neonatais foram avaliadas: infecção neonatal inespecífica, pneumonia e meningite caracterizadas por diagnóstico clínico, exames laboratoriais e de imagem. Todos os casos de sepsis neonatal foram confirmados pela hemocultura positiva. O diagnóstico dos casos de Síndrome da Angústia Respiratória ou Doença da Membrana Hialina foram feitos de acordo com a clínica dos neonatos e achados radiográficos pulmonares típicos e o diagnóstico de hemorragia intra-ventricular através dos achados no exame ultrassonográfico de crânio. Os casos de óbito neonatal foram definidos sendo aqueles que ocorreram dentro dos primeiros 28 dias de vida.

Todos os dados e os resultados das variáveis foram avaliados estatisticamente no Epi info 6 versão 6.04 a. Porém, por se tratar de uma amostra pequena nem todos os resultados estatísticos foram considerados.

## 4. RESULTADOS

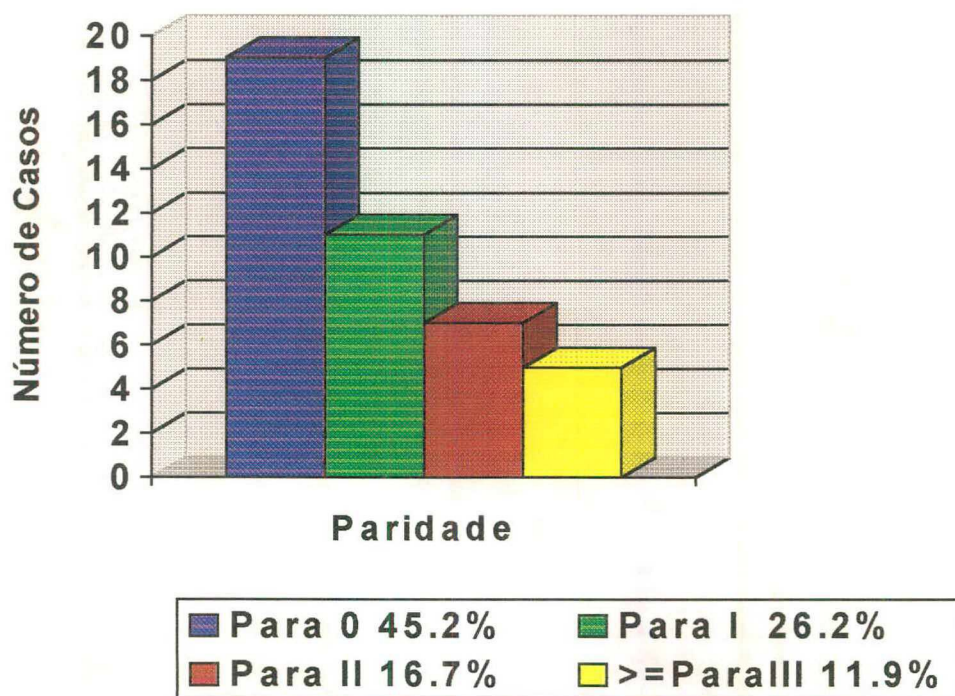
Quarenta e duas pacientes com Rotura Prematura de Membranas Amnióticas em idade gestacional menor ou igual a 34 semanas de gestação foram analisadas neste estudo retrospectivo, longitudinal. A faixa etária materna em que a Roprema foi mais freqüente foi de 30 a 35 anos com 26.3% (Ver Tabela I). A média de idade foi de 28,28 anos. Quanto a etnia, 39 pacientes (92.86%) eram de raça branca enquanto que 03 eram de raça negra (07.14%). Dentre outros dados avaliados, 4 pacientes eram fumantes (09.5%), 5 hipertensas crônicas (11.9%), 01 cardiopata (02.3%) e 01 paciente HIV positivo (02.3%). A maioria das pacientes eram nulíparas (45%) (Ver Figura 1) e haviam feito o acompanhamento pré natal (73.8%).

**Tabela I.** Distribuição das pacientes com Roprema Pré-termo de acordo com idade em anos.

Idade	Frequência	Percentual	Cum
15 -----20	06	14.3%	14.3%
20 -----25	08	19.0%	33.3%
25 -----30	08	19.0%	52.3 %
30 -----35	11	26.3%	78.6%
>= 35	09	21.4%	100.0%
Total	42	100.0%	

Fonte: SAME, Hospital Universitário-UFSC, 1998.

**Figura 1. Distribuição das pacientes de acordo com a idade.**



A presença de intercorrências na gestação incidiu sobre 30 pacientes perfazendo 71.4% da amostra. As mais freqüentes foram ilustradas na Tabela II.

O Trabalho de Parto Prematuro foi a intercorrência mais freqüente nas gestações com Roprema pré-termo (26.3%), seguido de vaginose bacteriana (14.3%) e gemelaridade (14.3%). No ítem citado como "outras" tivemos um caso de DHEG (02.4%), um poliidrânio (02.4%), uma incompetência istmo-cervical (02.4%) e uma paciente com conização do colo uterino prévia (02.4%). Algumas pacientes apresentaram mais de uma destas intercorrências durante a gestação.

**Tabela II.** Incidência das principais intercorrências gestacionais apresentadas pelas pacientes com Roprema.

Intercorrências Gestacionais	Frequência	Percentual
TPP	11	27.5%
Gemelar	06	15.0%
Vaginose bacteriana	06	15.0%
Hipertensão Crônica	05	12.5%
ITU	04	10.0%
Placenta Prévia	02	05.0%
DMG	02	05.0%
Outras	04	10.0%
Total	40	100.0%

Fonte: SAME, Hospital Universitário-UFSC, 1998.

As idades gestacionais em que as pacientes apresentaram Roprema foram distribuídas na Tabela III. A maioria das pacientes tiveram a rotura com idade gestacional entre 30 a 34 semanas (64.3%). A média foi de 29.8 semanas, sendo a rotura mais precoce com 22.6 semanas de gestação. O tempo entre a rotura das membranas até a admissão da paciente em nosso serviço, avaliado em horas foi: 29 pacientes menor que 24 horas (69.0%), 01 paciente de 48 a 72 horas (02.4%) e 12 pacientes igual ou maior que 72 horas (28.6%). Nenhuma paciente com tempo decorrido de 24 a 48 horas foi admitida.



**Tabela III.** Distribuição das pacientes de acordo com a idade gestacional da Roprema.

Idade Gestacioanal da Roprema (semanas)	Frequência	Percentual	Cum.
22 -----26	07	16.7%	16.7%
26 -----30	08	19.0%	35.7%
30 ----- 34	27	64.3%	100.0%
Total	42	100.0%	

Fonte: SAME, Hospital Universitário-UFSC, 1998.

A maioria das pacientes apresentou um período de latência menor que 07 dias (47.6%), sendo que destas, 85% foi menor ou igual a 72 horas; conferir na Tabela IV.

**Tabela IV.** Distribuição das pacientes com Roprema de acordo com o período de latência.

Período de latência (dias)	Frequência	Percentual	Cum
< 07	20	47.6%	47.6%
07 -----14	05	11.9%	59.5%
14 -----21	00	00.0%	59.5%
21 -----28	01	02.4%	61.9%
28 -----35	00	00.0%	61.9%
35 -----42	00	00.0%	61.9%
>ou=42	02	04.8%	66.7%
Ignorado	14	33.3%	100.0%
Total	42	100.0%	

Fonte: SAME, Hospital Universitário-UFSC, 1998.



Das 42 pacientes da amostra, 17 foram submetidas a uma conduta expectante (40.5%) enquanto que 25 tiveram uma conduta intervencionista (59.5%) com o término da gestação. Em relação as pacientes manejadas com conduta expectante e que apresentavam prematuridade extrema (idade gestacional menor que 26 semanas), 01 caso teve período de latência maior que 42 dias, outro teve o término da gestação após 42 dias, porém sem desencadear trabalho de parto espontâneo e 01 caso com período de latência menor que 07 dias com recém-nascido indo a óbito. (Tabela V). Das pacientes submetidas a uma conduta intervencionista, 03 tinham o tempo entre a rotura das membranas e a sua admissão no HU, maior que 07 dias, sendo que 02 delas já foram admitidas com infecção intra amniótica.

**Tabela V.** Número de casos de pacientes com conduta expectante de acordo com a idade gestacional da Roprema e o período de latência.

Período de Latência (dias)	Idade gestacional da Roprema (semanas)			Total
	22 -----26	26 -----30	30 -----34	
< 07	01	01	03	05
07 -----14	00	01	03	04
14 -----21	00	00	00	00
21 -----28	00	00	01	01
28 -----35	00	00	00	00
35 -----42	00	00	00	00
>ou=42	01	01	00	01
Ignorado	01	01	04	06
Total	03	03	11	17

Fonte: SAME, Hospital Universitário-UFSC, 1998.

De todas as pacientes analisadas, 13 tiveram infecção intra-amniótica diagnosticada clinicamente (39.95%), sendo que 08 casos eram de pacientes manejadas expectantemente (61.5%) e 03 de pacientes com manejo intervencionista (38.5%). Todas tinham febre materna e um hemograma infeccioso, sendo que 06 delas tinham líquido amniótico fétido e uma apresentava taquicardia materna associados.

No grupo das pacientes que foram manejadas conservadoramente a infecção intra-amniótica ocorreu em 52.3% dos casos.

A determinação do ILA através do exame ultrassonográfico foi feita em 25 pacientes da amostra (59.5%), sendo que a maioria, apresentou ILA em torno do percentil 5.0 (52.0%) caracterizando um oligidrânio moderado, seguida do percentil 2.5 (36.0%) caracterizando um oligidrânio severo. Os índices foram ilustrados na Tabela VI.

**Tabela VI.** Número de casos de acordo com o Índice de Líquido Amniótico (ILA)

ILA	Frequência	Percentual	Cum.
<ou=2.5	09	36.0%	36.0%
2.5----- 5.0	13	52.0%	88.0%
5.0----- 50.0	03	12.0%	100.0%
50.0----- 95.0	00	00.0%	100.0%
95.0----- 97.5	00	00.0%	100.0%
> 97.5	00	00.0%	100.0%
Total	25	100.0%	100.0%

Fonte : SAME, Hospital Universitário-UFSC, 1998.

O Perfil Biofísico Fetal (PBF) foi realizado em 11 pacientes da amostra (26.2%), sendo que 09 tinham sido manejadas conservadoramente (81.8%) e 02 tinham sofrido conduta intervencionista com o término da gestação (18.2%). Os resultados mostraram que todas não tiveram PBF com pontuação máxima em virtude do ILA alterado, ou seja, abaixo do percentil 50.0, estando o restante dos itens avaliados normais.

De todas as pacientes que desencadearam trabalho de parto espontâneo, 08 tinham infecção intra amniótica (28.5%) diagnosticada.

A terapia com corticosteróides foi realizada em 14 pacientes (33.3%), sendo que destas 06 apresentaram infecção intra amniótica (42.14%).

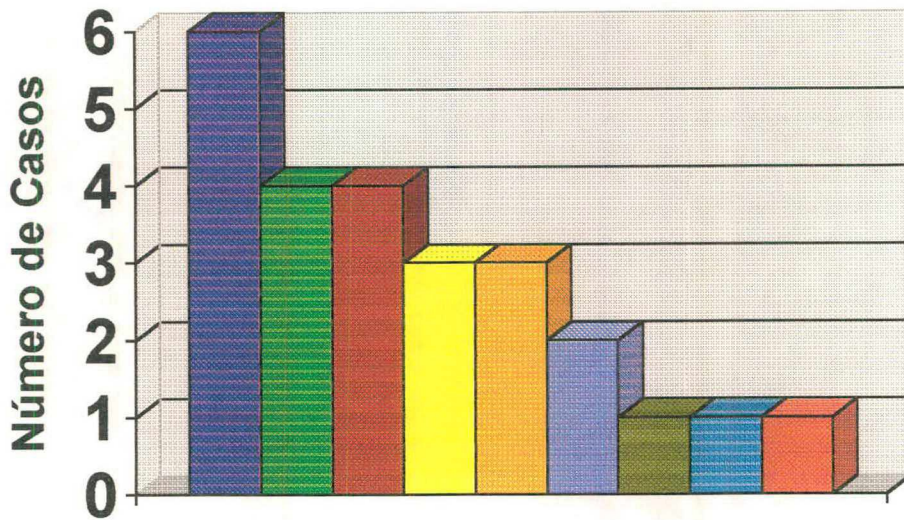
O uso de uterolíticos se restringiu a 05 pacientes (11.9%), sendo que 02 pacientes usaram menos de 24 horas, 02 entre 24 e 48 horas e 01 por 72 horas.

O uso de antibiótico terapia profilática foi realizado apenas por 01 (02.4%) paciente que foi encaminhada por outro serviço já em uso da medicação.

A via de parto mais freqüente foi a vaginal, aplicada a 23 pacientes (54.8%), enquanto que 19 pacientes foram submetidas a cesárea (45.2%). As principais indicações das cesáreas foram a falha na indução com (24.0%), seguida de corioamnionite (16.0%) e apresentação pélvica (16.0%). Ver Figura 2. Cinco destas pacientes tiveram mais de uma indicação para o parto por via alta (26.3%), sendo que uma era gestação gemelar com placenta prévia e corioamnionite; outra paciente com oligoidrâmnio severo e corioamnionite; o terceiro caso com oligoidrâmnio severo em gestação gemelar e dois casos de corioamnionite com sofrimento fetal.



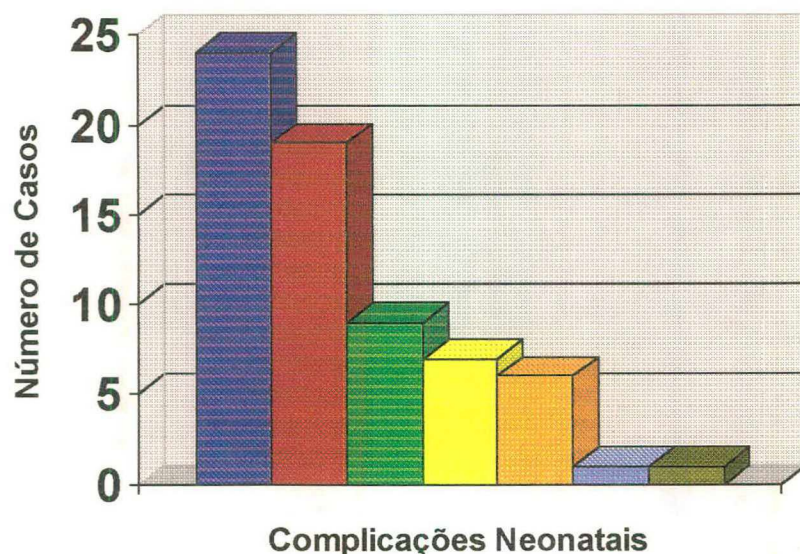
**Figura 2. Distribuição das principais indicações de cesárea.**



**Indicações de Cesárea**

 Falha na Indução	 Corioamnionite
 Apresentação Pélvica	 Gemelar
 Sofrimento Fetal	 Oligoidrânio Severo
 Placenta Prévia	 Cesárea anterior
 Desconhecida	

**Figura 3. Número de casos de acordo com a complicação neonatal.**



\*Síndrome da angústia respiratória

\*\*Hemorragia intra-ventricular

As principais complicações neonatais observadas neste estudo foram; a infecção inespecífica com 35.8%, a SAR com 28.4% e a sepsis neonatal com 13.4%. Figura 3.

Dos recém-nascidos que fizeram SAR, 16 eram filhos de gestantes que não haviam feito corticoterapia (84.2%) e 03 das que haviam realizado tal terapia (15.8%)  $p = 0.06$ . Não sendo porém, estatisticamente significativo. Em relação aos neonatos, filhos de gestantes que fizeram corticoterapia, 03 deles

42 — 100  
x — 13,4

desenvolveram sepsis neonatal (21.4%), 09 tiveram infecção inespecífica (64.3%), 03 apresentaram pneumonia (21.4%) e um teve meningite neonatal (07.4%). O único caso de hemorragia intra-ventricular era filho de uma paciente que não havia feito corticosteróide.. Estes dados podem ser melhor visualizados na Tabela VII.

Os 02 casos de recém-nascidos filhos de mães diabéticas desenvolveram SAR.

**Tabela VII.** Número de casos de complicações neonatais relacionados com a uso da corticoterapia ante-natal.

Complicações Neonatais .	Corticoterapia ante-natal		Total
	Sim	Não	
SAR	03	16	19
Sepsis	03	06	09
Infecção inespecífica	09	15	24
HV	00	01	01
Pneumonia	03	03	06
Meningite	01	00	01
Total	19	41	60

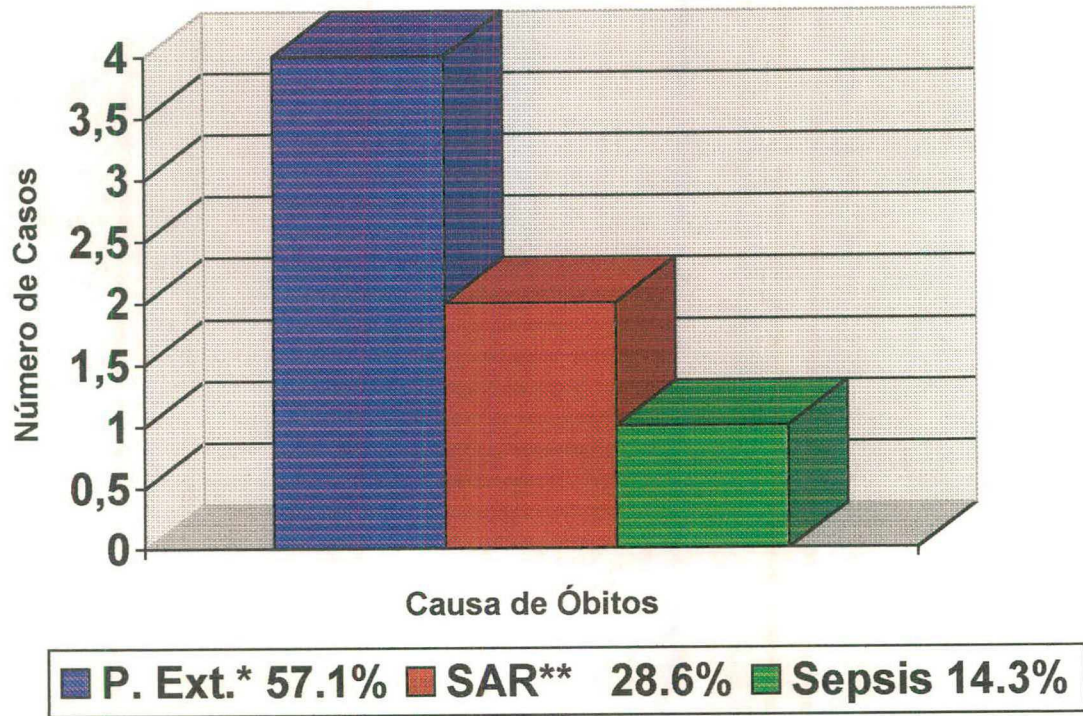
Fonte: SAME, Hospital Universitário-UFSC, 1998.

Dos neonatos que foram ao óbito a causa mais freqüente foi a prematuridade extrema com 57.1% dos casos, seguida de SAR responsável por 28.6% deles. Figura 4.



Figura 4. Causas de Óbito no período neonatal

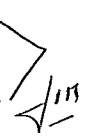
*(parte inferior da figura)*



\*Prematuridade extrema


\*\*Síndrome da angústia respiratória


## 4.DISSCUSSÃO

Este estudo apresentou uma amostra de pacientes muito pequena, em virtude disto tornou-se difícil fazer uma análise comparativa fidedigna. Nossos dados sugerem análises compatíveis com a literatura, porém sem significância estatística. 

Os resultados deste estudo retrospectivo têm confirmado o que vem sendo defendido por muitos autores, que há uma grande associação entre Roprema e infecção intra-amniótica e Roprema pré-termo e prematuridade.<sup>19,20,21,22,7,23,8,24,25,</sup>

<sup>26,27,28,29</sup> E como consequência destas duas complicações temos todos os efeitos maléficos no prognóstico materno e fetal, dentre eles endometrite, SAR, sepsis, e o óbito neonatal.<sup>30,31,7,10,24,27,28,32</sup>

Foi demonstrado que mulheres acima de 30 anos teriam maior risco para TPP e Roprema na presença de alguma outra complicação obstétrica.<sup>9</sup> No nosso grupo de pacientes a faixa etária materna mais freqüente foi dos 30 aos 35 anos (26.3%), seguida da faixa etária acima dos 35 anos (21.4%). Mas globalmente estes grupos foram pequenos, devido a amostra ser restrita e por ter pouca diferença das outras faixas etárias, e com isto o significado da associação foi impreciso. Permanecemos com uma idade média materna de 28.28 anos. 

Estudos mostram que mulheres múltiparas e da raça negra teriam risco aumentado para Trabalho de parto prematuro e Rotura prematura de membranas.<sup>9,33,19,34</sup> Em relação a raça, nosso estudo mostrou o inverso, em virtude de estarmos situados em uma área geográfica em que a maior parte da população é branca. Assim sendo, a maioria dos atendimentos são desse grupo étnico resultando em dados não compatíveis com a literatura.<sup>6,33,34,19</sup> Este estudo dividiu 



as gestantes em grupos de acordo com o número de paridade, sendo a Roprema mais freqüente em pacientes nulíparas. Porém se considerarmos como múltiparas as pacientes que tinham alguma gestação anterior independente do número, o número de múltiparas aumentaria para 23 pacientes sendo o mais freqüente (55%), e teríamos mais um fator de risco presente nas pacientes com Roprema.<sup>9,34,33</sup>

Existem alguns fatores etiopatogênicos que freqüentemente estão correlacionados com a Roprema, como a vaginose bacteriana, TPP, placenta prévia, apresentações anômalas do conceito, gemelaridade, infecção do trato urinário dentre outras.<sup>35,36,13,9,21</sup>

A vaginose bacteriana vem sendo defendida por diversos autores como sendo um dos principais fatores etiopatogênicos que levaria a Rotura Prematura das Membranas.<sup>9,13,14,15,37</sup>

Mulheres com vaginose bacteriana não tratada teriam risco aumentado em relação a mulheres que não

apresentam ou que foram tratadas precocemente.<sup>6,34,13</sup>

Em nosso estudo a vaginose bacteriana esteve presente em 14.3% das pacientes da amostra e correspondendo a 15% de todas as intercorrências gestacionais. Apesar de ser

um número pequeno de pacientes, não tendo portanto significado estatístico, é um fator reconhecidamente importante na etiopatogenia da Roprema e deve ser

considerado, pois podemos tratar este problema com um acompanhamento de pré natal adequado. TPP foi a intercorrência gestacional mais freqüente no

nosso grupo de pacientes ocorrendo em 26.3% das gestações e correspondendo a 27.5% de todas as intercorrências gestacionais. A associação de TPP evoluindo

com Roprema, tem sido demonstrada em muitos trabalhos.<sup>9,11,14,33,15,17</sup>

Segundo McGregor J.A. esta associação se fez presente em 22.6% dos casos.<sup>6</sup> Talvez isto

se deva principalmente aos fatores etiopatogênicos que nestas duas patologias

estão intimamente ligados. O TPP pode ter sido desencadeado pelo mesmo fator

predisponente que levou a Roprema, como por exemplo as infecções do trato

genital inferior que proporcionam a ascensão de microrganismos ao útero

Comentário  
20/11/15  
20  
20/11/15

desencadeando a produção de citocinas como a IL-1 $\mu$ , IL-1 $\beta$ <sup>346</sup> e a IL-8<sup>17</sup> já achadas nas membranas coriônicas, e estas levariam a uma resposta inflamatória com produção de collagenases e prostaglandinas E2 e F2 $\mu$ , e consequentemente provocaria um adelgaçamento das membranas e estimularia o início da atividade uterina.<sup>17,18</sup>

Segundo Cunningham P.C. et al.<sup>35</sup> a gemelaridade costumou estar presente em algumas gestações com rotura de membranas, e que esta condição gestacional tem sido também aventada como fator etiológico nas pacientes com Roprema. A nossa amostra apresentou 14.3% de gestações gemelares, sendo a segunda intercorrência gestacional mais freqüente, junto com a vaginose bacteriana. Apesar de ser um dado significativo tem pouco valor estatístico devido ao "n" da amostra ser pequeno.

Em relação a Placenta Prévia que esteve presente em 04.8% da nossa amostra, Major C.A. et al.<sup>38</sup> demonstraram que a incidência de Placenta Prévia em pacientes com Roprema foi significativamente maior que em pacientes sem esta patologia. Porém neste estudo os dados são meramente epidemiológicos.

Os trabalhos têm demonstrado que a média da idade gestacional em que ocorre a Roprema geralmente gira em torno de 28 a 30 semanas com variações de alguns dias.<sup>5,7,11</sup> Segundo Lewis D.F., a média de idade gestacional da Roprema foi 30.4  $\pm$  3.0 (31.0%).<sup>10</sup> Enquanto que Major C.A. demonstrou uma média de 28.2  $\pm$  4.8 (48%).<sup>38</sup> Apesar de sermos uma amostra pequena, a faixa de idade gestacional da Roprema que foi mais freqüente foi de 30 a 34 semanas (64.3%), sendo a média de 29.8 semanas de gestação.

Cerca de 10% das pacientes com Roprema entram em trabalho de parto nas primeiras 24 horas e apenas 07% delas têm período de latência maior que 72 horas.<sup>23,38</sup> O período de latência das nossas pacientes foi bastante diversificado, apesar de a grande maioria ter iniciado com trabalho de parto ativo em menos de 07 dias (47.6%), sendo que destas 85% tiveram o período de latência menor que

Comentário  
Inteiro

72 horas. Em nossa amostra 15% das pacientes obtiveram um período de latência maior que 72 horas, ultrapassando em pouco mais que 50% as estimativas da literatura.<sup>10,38</sup> Porém, torna-se um dado sem valor estatístico devido a dimensão da amostra. Nas pacientes em que têm-se utilizado antibioticoterapia profilática tem se obtido um período de latência mais prolongado,<sup>24,5,20,29,23,10</sup> porém isto tem se mantido controverso.<sup>5,29</sup> Em nosso estudo não utilizamos como rotina a antibioticoterapia profilática em pacientes com Roprema em conduta expectante, não sendo possível a constatação deste fato. Carroll S.G.,<sup>11</sup> demonstrou que há uma correlação inversa entre a idade gestacional da Roprema e a dimensão do período de latência. Isto pode ser constatado em 02 dos nossos casos de prematuridade extrema (28.6%) com idade gestacional menor que 26 semanas, que tiveram o término da gestação após 42 dias de Roprema. Porém, além de ser a minoria dos casos de prematuridade extrema, os dados ficam inválidos devido a amostra ser pequena. Entretanto, isto é válido apenas na ausência de infecção intra-amniótica, pois na presença desta há uma diminuição do período de latência.<sup>11,5</sup> O mecanismo associado seria o já citado anteriormente, através da liberação de interleucinas e produção de prostaglandinas que induziriam a contração uterina.<sup>17,18</sup> Em nosso estudo 28.5% das pacientes que desencadearam trabalho de parto espontâneo tinham infecção intra-amniótica, índice um pouco menor que os achados na literatura (33.3%).<sup>16</sup>

Vários estudos têm sido feitos para elucidar as dúvidas a respeito da Roprema, principalmente no que se refere a presença ou não de infecção intra amniótica.<sup>5,11,9,39,29,22,21,13,15,16</sup> Alguns autores defendem que corioamnionite tem sido consequência da Roprema<sup>11,39,29</sup> enquanto outros têm demonstrado o inverso, ou seja, que a Roprema aconteceu em virtude de uma infecção amniótica.<sup>22,9,21,13,19</sup> De acordo com Romero R. et al.<sup>16</sup>, a infecção intra amniótica está presente em um terço (33.3%) dos casos de Rotura Prematura de Membranas. E cerca de um

terço dos casos de nascimento pré-termo estão relacionados com corioamnionite, com ou sem Roprema associada.<sup>40</sup> Além disto os recém-nascidos de mães com infecção intra-amniótica têm aumento na mortalidade, na síndrome de angústia respiratória e nas infecções em geral.<sup>16,5,21,29,28,27,10,7,31,24</sup> Estudos mostram que a medida que se prolonga o período de latência os riscos de infecção aumentam.<sup>11,28,22</sup> Em nosso estudo, a infecção intra-amniótica esteve presente em 39.95% das pacientes, correspondendo a aproximadamente um terço da amostra, sendo compatível com os estudos de Romero R. et al.<sup>16</sup>, e foi observado que, 61.5% dos casos de corioamnionite ocorreram em pacientes submetidas a uma conduta expectante, semelhantes aos dados da literatura apesar de não apresentarmos valor estatístico.<sup>11,28,22</sup>

O ILA tem sido utilizado muitas vezes no manejo das pacientes com Roprema na tentativa de diagnosticar oligodrâmnio devido a perda líquida. Porém os resultados nem sempre traduzem uma informação correta, pois existem falsos positivos, como oligodrâmnio por insuficiência placentária e malformações fetais.<sup>40,41</sup> Existem estudos a respeito da determinação do PBF e consequentemente do ILA em pacientes com Roprema, na tentativa de demonstrar que a presença de oligodrâmnio estaria relacionada não só a perda líquida, mas também a um aumento da morbi-mortalidade perinatal.<sup>39,40,41</sup> Manning F.A.<sup>40</sup> tem defendido tal correlação enquanto que Carrol S.G.<sup>3</sup> demonstrou que pacientes com infecção intra-amniótica têm uma tendência a diminuição do ILA, PBF e batimentos cardíacos fetais, porém a maioria das pacientes com infecção tendo cultura do líquido amniótico ou cultura do sangue fetal positivas tinham estes dados normais, demonstrando que a avaliação da atividade fetal e do líquido amniótico nem sempre proporcionam predição no diagnóstico de infecção intra-amniótica. Nosso estudo demonstrou que o oligodrâmnio esteve presente na grande maioria das pacientes que realizaram o ILA (88.0%) e em decorrência disto não obtiveram um PBF com pontuação

máxima, uma vez que os outros itens do perfil estavam normais. Destas 45.5% progrediram com infecção intra-amniótica, porém sendo um dado limítrofe e tendo uma amostra pequena de pacientes que realizaram tal exame não poderíamos considerar como um método fidedigno para o diagnóstico de infecção intra-amniótica. Por outro lado, a realização do ILA na determinação e evolução da perda líquida se mostrou eficaz, embora não possamos considerá-lo estatisticamente, e sim, apenas como um dado (epidemiológico) comp. e diagnóstico.

As pacientes com Rotura Prematura das Membranas Amnióticas Pré-termo nem sempre apresentam um colo favorável para uma boa evolução do trabalho de parto.<sup>1,42</sup> Além disto, gestantes com corioamnionite têm resposta diminuída ao estímulo da ocitocina, levando a partos mais prolongados.<sup>42</sup> Sendo assim as principais causas que aumentam os índices de cesárea em pacientes com Roprema têm sido distócia cervical, corioamnionite e apresentação pélvica.<sup>1,42,7</sup> Nosso estudo mostrou, que a falha na indução do trabalho de parto (distocia cervical) com 24.0% foi a causa mais freqüente na indicação do parto por via alta seguida de corioamnionite e apresentação pélvica com 16.0% cada uma. Isto demonstrou que a Roprema e a presença de corioamnionite proporcionou uma maior dificuldade nas alterações plásticas do colo na progressão de um trabalho de parto vaginal, correspondendo a literatura.<sup>1,42</sup> Além disto, a apresentação pélvica quando presente nestas gestações tem aumentado o índice de indicação da cesárea, pela própria apresentação (80.0 a 85.0% dos partos pélvicos têm sido submetidos a cesárea)<sup>43</sup> e em virtude de que na maioria das vezes são fetos prematuros, com a possibilidade de ocorrer a cabeça derradeira levando a traumas e anóxia perinatal.<sup>43</sup>

As complicações neonatais mais freqüentes têm sido decorrentes da prematuridade e da infecção intra-amniótica.<sup>5,43,31,7,10,29,28</sup> A Roprema tem estado freqüentemente associada a prematuridade, 30.0 a 40.0% de todos os nascimentos prematuros são decorrentes de Roprema Pré-termo.<sup>5</sup> Além da

## 6. CONCLUSÃO

A Rotura Prematura das Membranas Pré-termo ocorre principalmente nas gestações com idade gestacional de 30 a 34 semanas (64.3%) e está freqüentemente associada ao Trabalho de Parto Prematuro (26.3%) como intercorrência gestacional anterior a rotura.

O período de latência foi inversamente proporcional na maioria das gestações com prematuridade extrema (66.6%), sendo mais freqüente um período abaixo de 07 dias (47.6%) e destes a grande maioria menor que 72 horas (85.0%).

\* Das pacientes que evoluíram para infecção intra-uterina 61.5% foram manejadas conservadoramente.

Observamos que os casos de Síndrome da Angústia Respiratória foram mais freqüentes em filhos de gestantes que não haviam realizado corticoterapia (84.2%). Não foi encontrada correlação significativa entre o uso do corticosteróides e as complicações infecciosas maternas e neonatais.

## 7. REFERÊNCIAS

1. Poma PA. Premature rupture of membranes. J-Natl-Med-Assoc. 1996; 88(I):27-32. ✓
2. Svigos JM., Robinson JS., Vigneswaran R. Premature rupture of membranes. In: James DK. et al. High risk pregnancy: management option. WB Saunders Company Ltda, London, 1994. Cap. 12. (P26- )
3. Duff P. Premature rupture of the membranes at term. N-Engl-J-Med. 1996; 334(16): 1053-4. ✓
4. Aspillaga C., Vial MT. Pulmonary hypoplasia of the newborn infant in a pregnancy complicated with ovular premature rupture and oligohydramnios. Ver Chil Obstet Ginecol. 1995; 60(2): 131-4. ✓
5. Egarter C., Leitich H., Karas H., Wieser F., Husslein P., Kaider A., et al. Antibiotics treatment in preterm premature rupture of membranes and 97 neonatal morbidity: A metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. 1996; 174(2):589-97.
6. Frigo P., Lang C., Sator M., Ulrich R., Husslein P. Membranes thickness and PROM high frequency ultrasound measurements. Prenat Diagn. 1998; 18(4):333-7.

7. Cox SM., Leveno KJ. Intentional delivery versus expectant management with preterm ruptured membranes at 30-34 weeks' gestation. *Obstetrics&Gynecology*. 1995; 86(6):875-9.
  
8. Louis CS., Rand JH., Gordon RE., Salafia CM., Berkowitz RL. In vitro studies of the interactions between platelets and amniotic membranes: a potential treatment for preterm premature rupture of the membranes. *Am J Obstet Gynecol*. 1998; 178(2):287-93.
  
9. McGregor JA., French JL., Parker R., Draper D., Patterson E., Jones W., et al. Prevention of premature birth by screening and treatment for common genital tract infections: Results of a prospective controlled evaluation. *Am J Obstet Gynecol*. 1995; 173(1):157-65.
  
10. Lewis DF., Fontenot T., Brooks GG., Wise R., Perkins MB., Heymann AR. Latency period after preterm premature rupture of membranes: A comparison of ampicillin with and without sulbactam. *Obstetric & Gynecology*. 1995; 86(3):392-5.
  
11. Carroll SG., Ville Y., Greenough A., Gamsu H., Patel B., Nicolaides KH., et al. Preterm prelabour amniorrhexis: intrauterine infection and interval between membrane rupture and delivery. *Arch Dis Child*. 1995; 72:43-5.
  
12. Kelly T. The pathophysiology of premature rupture of membranes. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 1995; 7(2):140-5.



13. Dreyfus M., Baldauf JJ., Boesinger F., Tissier I., Andrianivo J. Lehmann M., et al. Premature rupture of membranes at term. Retrospective study of 88 cases. *Ver Fr Gynecol Obstet.* 1995; 90(5-6):275-80.
14. Ernest JM., Givner LB., A prospective, randomized, placebocontrolled trial of penicillin in preterm premature rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol.* 1994; 170:516-21.
15. Creatas GC., Charalambidis VM., Zagotzidou E., Aravantinos DI. Untreated cervical infections, chorioamnionitis and prematurity. *J Gynaecol Obstet.* 1995; 49(1):1-7.
16. Newton ER. A comparative study of the diagnostic performance of amniotic fluid glucose, white blood cell count, interleukin, and gram stain in the detection of microbial invasion in patients with preterm premature rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol.* 1993; 169:839-51.
17. Fortunato SJ., Menon R., Swan KF. Amniochorion: A source of interleukin-8. *Am J Reprod Immunol.* 1995; 34(3):156-62.
18. Menon R., Swan KF., Lyden TW., et al. Expression of inflammatory cytokines interleukin-1b and interleukin-6 in amniochorionic membranes. *Am J Obstet Gynecol.* 1995; 172:493-500.
19. Guinn DA., Goldenberg RL., Hauth JC., Andrews WW., Thom E., Romero R. Risk factors for the development of preterm premature rupture of the

membranes after arrest of preterm labor. Am J Obstet Gynecol. 1995; 173(4):1310-5.

*Le*

20. Leitich H., Egarter C., Reisenberger K., Kaider A., Berghammer P.

Concomitant use of glucocorticoids: A comparison of two metaanalyses on antibiotic treatment in preterm premature rupture of membranes. Am J Obstet Gynecol. 1998; 178(5):899-908.

21. Averbuch B., Mazor M., Shoham IV., Chaim W., Vardi H., Horowitz S., et al. Intra-uterine infection in women with preterm premature rupture of membranes: maternal and neonatal characteristics. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1995; 62(1):25-9.

22. Hampl M., Friese K., Pracht I., Zieger W., Weigel M., Gallati H. Determination of cytokine receptors in premature labor. Geburtshilfe Frauenheilkd. 1995; 55(9):483-9.

23. Norman K., Pattinson RC., de Souza J., de Jong P., Moller G., Kirsten G. Ampicillin and metronidazole treatment in preterm labour: a multicentre, randomised controlled trial. Br J Obstet Gynaecol. 1994; 101(5):404-8.

24. Mercer BM., Arheart KL. Antimicrobial therapy in expectant management of preterm premature rupture of the membranes. Lancet. 1995; 346: 1271-79.

25. Carrol SG., Nicolaides KH. Fetal haematological response to intra-uterine infection in preterm prelabour amniorrhexis. Fetal Diagn Ther. 1995; 10(5): 279-85

26. How HY., Cook VD., Miles DE., Spinnato JA. Preterm premature rupture of membranes: aggressive tocolysis versus expectant management J Matern Fetal Med 1998; 10(1):8-12.
27. Linder N., Ohel G., Keidar D., Tamir I., Reichman B. Neonatal sepsis after prolonged premature rupture of membranes. J Perinatol 1995; 15(1):36-8.
28. Decavalas G., Mastrogiannis D., Papadopoulos V., Tzingounis V. Short-term versus long-term prophylactic tocolysis in patients with preterm premature rupture of membranes. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1995; 59(2):143-7.
29. Mercer BM., Arheart KL. Antimicrobial therapy in expectant management of premature rupture of membranes. Lancet. 1995; 346(8985): 1271-9.
30. Spinillo A., Capuzzo E., Ometto A., Stronati M., Baltaro F., Iasci A. Value of antenatal corticosteroid therapy in preterm birth. Early Hum dev . 1995; 42(1):37-47.
31. Apavaloaie J., Negura A., Balasiu A., Mustata D. Étude clinique préliminaire sur la conduite a tenir dans la grossesse de 26-34 semaines avec rupture prématurée des membranes (RPM) . Ver Fr Gynecol Obstét. 1995; 90:7-9.
32. De Catte L., Laubach M., Bougategf A., Mares C. Selective feticide in twin pregnancies with very early preterm premature rupture of membranes. Am J Perinatol. 1998; 15(3):149-53.

33. Carroll SG., Abbas A., Ville Y., Homji NM., Nicolaides KH. Concentration of fetal plasma and amniotic fluid interleukin-1 in pregnancies complicated by preterm prelabour amniorrhexis. *J Clin Pathol.* 1995; 48(4):368-71.
  
34. Blackmore CA., Savitz DA., Edwards LJ., Harlow SD., Bowes WA Jr. Racional differences in the patterns of preterm delivery in central North Carolina, USA. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 1995; 9(3):281-95.
  
35. Cunningham PC. Preterm and postterm pregnancy and fetal growth retardation. In: Cunningham PC et al. *Williams Obstetrics*. Prentice Hall do Brasil Ltda, Rio de Janeiro, 1993; 38.
  
36. Alger SL., Pupkin MJ. Etiology of preterm premature rupture of the membranes. In: Crenshaw C.Jr. *Preterm premature rupture of the membranes*. Clinical and gynecology. 1986; 29(4):578-770.
  
37. McGregor JA. Antenatal microbiologic and maternal risk factors associated with prematurity. *Am J Obstet Gynecol.* 1990;163:1465-77.
  
38. Newton ER. Chorioamnionitis and intraamniotic infection. *Clin Obstet Gynecol.* 1993; 4:795-808. Newton
  
39. Cunningham FG., MacDonald PC., Gant NF. Preterm and postterm pregnancy and inappropriate fetal growth. In: Cunningham FG., Macdonald PD., Gant NF. *Williams Obstetrics*. Prentice-Hall Internacional Inc, USA, 1993.

9  
 49

40. Manning EA., Platt LD., Sipos L. Antepartum fetal evaluation: development of a fetal biophysical profile. Am J Obstet Gynecol. 1990; 136:787.
41. Reece EA., Hobbins JC. Management decisions in obstetrics. In: Sabbagha, RE. Diagnostic Ultrasound. J.B. Lippincott, Philadelphia, 1987; 59.
42. Rouse DJ., McCullough C., Wren AL. Active-phase labor arrest: a randomized trial of chorioamniotic management. Obstet Gynecol. 1994; 83:937-40
43. Bodmer B., Benjamin A., Mclean FH. HAS use of cesarean section reduces the risk of delivery in preterm breech presentation? Am J Obstet Gynecol. 1986;154:244.
44. Ryan AC. Antenatal corticosteroid therapy to prevent respiratory distress syndrome. J Pediatr 1995; 126(2)317-9.

Full ref. 46 Cpas - 25 1<sup>st</sup> paragraph  
 29 1<sup>st</sup> paragraph  
 49 Cpas

## RESUMO

Conduta em pacientes com Roprema em idade gestacional menor ou igual a 34 semanas.

Objetivo: Avaliar a evolução, manejo materno e as consequências neonatais das gestações com Roprema em idade gestacional menor ou igual a 34 semanas.

Métodos: Foi realizado um estudo clínico retrospectivo longitudinal em pacientes que apresentavam Roprema em idade gestacional menor ou igual a 34 semanas. O diagnóstico de Roprema Pré-termo foi realizado com exame especular e a confirmação da idade gestacional pela história menstrual e ultrassonografia. Foi realizada monitorização materna e fetal diárias e avaliado intercorrências gestacionais, manejo terapêutico, incidência de corioamnionite e complicações neonatais.

Resultados: Quarenta e duas pacientes com Roprema Pré-termo foram analisadas, a média de idade gestacional foi 29.8 semanas. O TPP esteve frequentemente associado a Roprema Pré-termo (27.5%) e a maioria das pacientes tiveram período de latência <07 dias (47.6%). A infecção intra-amniótica ocorreu em 39.5% da amostra sendo que 61.5% delas foram pacientes manejadas conservadoramente. ✱ As principais complicações neonatais associadas com Roprema Pré-termo foram infecção inespecífica (35.8%) e SAR (28.4%) deste último 84.2% foram casos em que não tinha sido realizado corticoterapia antenatal.

Conclusão: A Roprema Pré-termo <sup>ocorre</sup> geralmente entre 30 a 34 semanas e frequentemente está associada a TPP. A corticoterapia antenatal diminui os índices de SAR. Não é encontrado correlação significativa entre corticoterapia antenatal e infecção materna e fetal.

\* Receberam terapia corticóide 33,3% das pacientes e dessas 42% tinham infecção intra-amniótica.

## SUMMARY

Clinical evaluation of the management of patients with Preterm Premature Rupture of Membranes (PPROM) lower 34 weeks' gestation.

Objective: Clinical evaluation of the management and the neonatal complications of patients with PPRM lower 34 weeks' gestation.

Methods: A retrospective clinical study was conducted in women hospitalized for PPRM lower 34 weeks' gestation. Rupture of membranes were diagnosed with speculum examination and gestational age were based on menstrual history and ultrasound examination. Complications associated, therapeutic options and maternal and fetal outcomes were analyzed.

Results: Forty-two women with PPRM were analyzed, the mean gestational age was 29.8 weeks, the preterm labor were often associated with PPRM (27.5%) and 47.6% of patients had had latency period <07 days. The incidence of chorioamnionitis was 39.5%, and 61.5% of this had had expectant management. Had received corticosteroid therapy 33.3% of patients, and of this 42.0% had done intra-amniotic infection. The principal neonatal complications } associated with PPRM were no specific infection (35.8%) and RSA (28.4%), of this 84.2% had were cases where no antenatal corticosteroid therapy were used.

Conclusion: The PPRM happen often at 30-34 weeks' gestation and is associated with preterm labor. The antenatal corticosteroid therapy is associated with reduction in the incidence of RSA. No significant relation between antenatal corticosteroid therapy and maternal and fetal infection is analyzed.

## APÊNDICE

### ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS AMNIÓTICAS

Nome:

Registro:

Idade:

Raça: ( )branca

( ) negra

( ) amarela

História obstétrica:

Fez pré-natal: ( )sim ( )não

*Instituição*

*HU*

*Fora.*

G \_\_\_\_ P \_\_\_\_ A \_\_\_\_

DUM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IG: \_\_\_\_s\_\_\_\_d(DUM) IG: \_\_\_\_s\_\_\_\_d(USG \_\_\_\_s\_\_\_\_d)

Intercorrências gestacionais: ( )sim ( )não Quais

HAS prévia

DHEG

Diabetes melito gestacional

I.T.U.

T.P.P.

Gemelaridade

Vaginose bacteriana

*( diag. pré-natal? )*

Placenta prévia

Outras: \_\_\_\_\_



História atual:

IG da Ropreme \_\_\_\_\_ s \_\_\_\_\_ d

Tempo de Rotura até chegar no HU \_\_\_\_\_ horas. Ou \_\_\_\_\_ dias.

Perfil materno:

Febre ( )sim ( )não valor \_\_\_\_\_ C

Taquicardia ( )sim ( )não

Metrossístoles ( )sim ( )não

Líquido amniótico com odor fétido ( )sim ( )não

Leucocitose ( )sim ( )não Especifique: \_\_\_\_\_

Período de latência \_\_\_\_\_ h/d.

Outros exames: \_\_\_\_\_

Perfil fetal

CTG basal ( )não realizado ( )não reativo  
( )reativo ( )outros (dips)

Perfil biofísico ( )sim >6( ) <6( )  
( )não

ILA \_\_\_\_\_ inicial no diagnóstico.

Tratamento ( )expectante  
( )intervencionista

Tipo de parto ( )vaginal  
( )cesárea

Uso de: ATB Profilático ( )sim Período de uso \_\_\_\_\_  
( )não

Corticosteróide ( )sim Período de uso \_\_\_\_\_  
( )não

Uterolítico ( )sim Período de uso \_\_\_\_\_  
( )não

Complicações neonatais:

Quais:

- ( )SAR
- ( )Infeção - qual o tipo
- ( )Sepsis
- ( )Hemorragia intra-ventricular
- ( )Outras \_\_\_\_\_

Idade pelo Capurro Somático ou Ballard \_\_\_\_s \_\_\_\_d

TCC  
UFSC  
TO  
0122

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0122

Autor: Cardoso, Janaina M

Título: Conduta nas pacientes com rotura



972803043

Ac. 254257

Ex.1 UFSC BSCCSM